

PROYECTO ASISTENCIA PREPARATORIA
DEL GOBIERNO DEL PERU AL FONDO DE POBLACION DE
LAS NACIONES UNIDAS

País : Perú

No. del Proyecto : PER/97/PO1

Título del proyecto : Asistencia Preparatoria Mujer Indígena: Salud Reproductiva y Organización Comunitaria

Fecha de presentación : Agosto 1997

Solicitante : Ministerio de Promoción de la Mujer y Desarrollo Humano (PROMUDEH)

Organismos de ejecución : Ministerio de Promoción de la Mujer
Centro de Investigación y Promoción Amazónica (CIPA)

Organismo de coordinación : Secretaría de Cooperación Técnica Internacional (SECTI)

Duración del Proyecto : 4 meses

Fecha de inicio : Octubre 1997

Contribución del UNFPA : \$ 78,373
(Dólares EE.UU.)

Contribución del Gobierno : S/. 50,000
(Moneda local)

Contribución de la ONG : \$ 3,590
(Dólares EE.UU.)

FIRMADO:

EN NOMBRE DEL GOBIERNO

FECHA: 18/2/98

EN NOMBRE DEL UNFPA

FECHA: 13/2/98

INDICE

I.	Antecedentes y Justificación del Proyecto	1
II.	Objetivos	4
	Objetivos del Proyecto Amplio	
	Objetivos de la Asistencia Preparatoria	
III.	Actividades del Proyecto	5
	Estrategia del Proyecto Amplio	
	Estrategia de la Asistencia Preparatoria	
IV.	Marco Institucional del Proyecto Amplio y de la Asistencia Preparatoria	11
V.	Plan de Trabajo de la Asistencia Preparatoria	12
VI.	Descripción y Justificación de los Insumos del UNFPA	15
VII.	Presupuesto UNFPA de la Asistencia Preparatoria	17

PROYECTO MUJER INDIGENA: SALUD REPRODUCTIVA Y ORGANIZACIÓN COMUNITARIA (ASISTENCIA PREPARATORIA)

I. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACION

Perú es un país pluricultural y multiétnico. Una quinta parte de su población total es indígena. Aún cuando se han generado diversos procesos históricos de mestizaje y aculturación, los grupos étnico lingüísticos han fortalecido su identidad cultural. La sociedad nacional, atravesada por marcadas diferencias etno-culturales, registra ostensibles contrastes entre el mundo moderno de la costa, la tradicional sierra andina y las postergadas áreas rurales de la selva amazónica que corresponde al 60 por ciento de la superficie total del país.

En la Amazonía habitan aproximadamente 299,218 indígenas, es decir casi 4% del total de población indígena del país y el 1.3 % del total de la población nacional. Esta población se distribuye en 65 grupos étnicos, agrupados en 13 familias lingüísticas, distribuidas en 1,450 comunidades nativas. Entre los hablantes de idiomas nativos, un 88% habla quechua, distribuidos de sur a norte a lo largo de la sierra. La mayor concentración se da en los departamentos de Apurímac, Huancavelica, Ayacucho y Cusco en el sur; Junín y Pasco en el centro, y Cajamarca en el norte. En la Amazonía existen también pequeños asentamientos prehispánicos de población quechua hablante en los ríos Napo y Pastaza. Muy por debajo, un 7% habla el aymara, concentrándose en los departamentos de Puno, Tacna y Moquegua, además de un pequeño núcleo de hablantes de la variante "jaqaru" en la sierra de Lima. Finalmente, en la Amazonía habitan alrededor de 65 grupos étnicos, hablantes de 58 lenguas, agrupadas en 13 familias lingüísticas. Estos constituyen tan sólo el 5% de los hablantes de un idioma nativo, pero han conservado con mayor integridad su lengua, así como otros rasgos de su cultura. Para una mayor comprensión de la heterogeneidad de los grupos indígenas, beneficiarios de este proyecto, ver el anexo.

Durante los últimos 25 años, han ocurrido profundos cambios en las sociedades indígenas de nuestro país. La crisis mundial de la década del 70 ocasionó una vertiginosa caída de los precios de los productos agrícolas y pecuarios, tradicionalmente la fuente más importante de ingresos monetarios de estas poblaciones. Esta situación de carencias materiales obligaron a las poblaciones indígenas a buscar nuevas fuentes de ingresos económicos, principalmente a través de migraciones tanto a las áreas urbanas como a otras áreas rurales. Ello ha derivado en cambios importantes en estas sociedades, incluyendo profundas modificaciones en su situación de salud.

Este precisamente ha sido el caso de las mujeres indígenas que han recibido el mayor impacto de los cambios ocurridos. La migración las ha expuesto a un conjunto de nuevas experiencias, incluyendo la exposición a nuevas enfermedades y cambios en sus concepciones tradicionales de sexualidad en sus hábitos y comportamientos. En la actualidad, existe una alta incidencia de infecciones de tracto reproductivo, de neoplasias ginecológicas y otras complicaciones en la salud reproductiva son observadas con frecuencia entre las mujeres indígenas. Se han evidenciado amplias necesidades de

atención de la salud reproductiva entre las mujeres indígenas, sin embargo, éstas no han podido ser resueltas por los sistemas de salud, tanto oficiales como privados, a pesar de los múltiples esfuerzos realizados. Existe una importante, aunque no deseada, “distancia” entre los proveedores de servicios y las usuarias, lo que contribuye a hacer más difíciles las condiciones de vida y de salud de las mujeres indígenas.

Razones históricas, políticas y legales hacen que las poblaciones aymara y quechua de la sierra peruana no se encuentren afiliadas a organizaciones reivindicativas de su especificidad étnica y, pese a su autoadscripción cultural, sean socialmente visualizadas como comunidades campesinas. No ocurre lo mismo con los numerosos pueblos indígenas de la Amazonía, quienes reivindican su calidad de indígenas o nativos y se organizan en asociaciones de reivindicación eminentemente étnicas. Tanto en una como en otra región, a las condiciones de extrema pobreza y exclusión social y a las discriminaciones de origen etno-cultural, se suma, en el caso de las mujeres, un mayor sometimiento por sus características de género. Las mujeres indígenas sufren permanentemente episodios de violación de sus derechos. Su salud y sus derechos sexuales y reproductivos se ven constantemente afectados porque no se aborda el problema desde el escenario de dominación múltiple que las afecta, atendiendo a consideraciones económico-sociales, étnicas y de género. La interacción de estos factores produce un complejo juego de fricciones interétnicas y de subordinación femenina y es responsable de los sensibles daños que registra su salud reproductiva (morbi-mortalidad materno-infantil, embarazos precoces y/o no-deseados, violencia sexual y rápida propagación de enfermedades de transmisión sexual).

En el caso especial de las mujeres indígenas directamente afectadas en su vida sexual y reproductiva por la violencia política de los últimos años, los daños comprometen sensiblemente su salud mental y la de toda su familia (del total de indígenas afectados por la violencia, las mujeres ashaninkas de la Selva Central representan el 60% de las víctimas adultas: sólo en los valles de Mazamari, Pangoa, Satipo y Puerto Ocopa se autocensaron más de 500 mujeres adultas desplazadas). Los efectos de la violencia política se suman a las condiciones de extrema pobreza en que vive la población indígena, acentuada por la descalificación permanente de las manifestaciones culturales propias de su etnia, crean con marcada regularidad conflictos de identidad, desánimo, depresión y deterioro de la autoestima.

Las autoridades gubernamentales del Perú, han enfatizado su voluntad política de paliar estos problemas comenzando por una reestructuración del Estado y de sus organismos descentralizados, que sea capaz de articular políticas a mediano plazo, en beneficio de una mejor redistribución de los recursos, y de acciones públicas en el terreno social, respetando las particularidades étnicas, de género y etáreas de la población. Una clara prueba de ello es la creación, a fines de 1996, del Ministerio de Promoción de la Mujer y del Desarrollo Humano (PROMUDEH) a través del cual el Gobierno articula acciones mediante un programa específico de atención a las demandas de las mujeres indígenas más necesitadas de la amazonía y de la sierra. El Estado en los últimos años ha realizado esfuerzos por incrementar significativamente la cantidad y la calidad de los servicios de salud en las áreas rurales del país, incluyendo, las áreas indígenas. Un significativo incremento en la asignación presupuestal del sector salud, ha permitido que a la fecha se disponga de una importante cantidad de recursos humanos y materiales instalados en zonas de población indígena.

La selva central (en especial la provincia de Satipo, departamento de Junín) una de las áreas de mayor aislamiento y pobreza, víctima singular de la violencia política de los últimos años (muerte y desarraigo de más de 10,000 indígenas) será una de las zonas priorizadas. Paralelamente, se concentrarán acciones entre las mujeres de los asentamientos nativos de Ucayali (con similares características por tratarse de población amazónica) y por otro lado, se desarrollarán acciones con las comunidades campesinas quechuas más necesitadas del sur andino (provincia de Quispicanchis y Paucartambo, departamento del Cusco) cuyos rasgos sociodemográficos y epidemiológicos ameritan una intervención.

La Oficina del UNFPA en el Perú, en cumplimiento de su mandato y lineamientos estratégicos surgidos del ejercicio de la programación realizado en 1996, se ha propuesto acompañar este conjunto de acciones impulsadas desde el PROMUDEH, no sólo imprimiendo mayor impulso a los proyectos de población ya existentes, sino también apoyando las nuevas iniciativas de atención de la problemática de las mujeres indígenas. A fines de junio de 1997, el UNFPA acompañó a una misión técnica del PROMUDEH en la realización de un sondeo informal de necesidades en el terreno. Fueron visitadas diferentes áreas de la selva y sierra y fue posible constatar las difíciles condiciones de las mujeres indígenas, así como las diversas formas o maneras cómo estas poblaciones buscan encontrar solución a estos problemas. Múltiples organizaciones de mujeres de diverso nivel han sido generadas como respuesta a esta difícil coyuntura y en la actualidad buscan encontrar apoyo de diversas instituciones para continuar con sus labores. Ha sido posible registrar una fuerte demanda de educación sanitaria y atención preventiva y asistencial de la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Como consecuencia de estos sondeos se generó un proceso de consultas y diseño de estrategias entre diversas dependencias del PROMUDEH, algunas ONGs que trabajan este campo y las organizaciones indígenas de la amazonía, así como los gobiernos locales tradicionales de la sierra cusqueña. Está en proceso la formulación de una propuesta de proyecto que se denominaría Mujer Indígena: Salud Reproductiva y Organización Comunitaria.

Con el objeto de apoyar la formulación del proyecto antes indicado mediante este documento, el PROMUDEH solicita al UNFPA la aprobación y financiamiento de una asistencia preparatoria por 4 meses (setiembre-diciembre de 1997) para llevar adelante varias actividades que permitan definir con mayor precisión las estrategias, actividades, población beneficiaria, mecanismos de seguimiento y evaluación del proyecto que se ejecutará a partir de 1998. En este sentido, la asistencia preparatoria ayudará a obtener una línea de base que brinde información más precisa sobre las características y necesidades de las comunidades beneficiarias y sobre su entorno socio-económico y cultural. Adicionalmente, los estudios de base posibilitarán el establecimiento de indicadores para el monitoreo y la evaluación periódica del proyecto. La presente solicitud de asistencia servirá para llevar a cabo, a más de las referidas al estudio de base, otras actividades previas que se consideran vitales para el arranque del proyecto a partir de enero de 1998.

II. OBJETIVOS

Objetivos del Proyecto Amplio (en vías de finalizarse):

Largo Alcance:

Haber contribuido a elevar el desarrollo humano y calidad de vida de las poblaciones amazónica y quechuas serranas, a través de la promoción de la salud reproductiva, el enfoque de género y su apoderamiento de las actividades del proyecto desde su inicio, fortaleciendo así a las organizaciones de las poblaciones beneficiarias.

Inmediatos:

1. Al final del proyecto, haber capacitado, con efecto multiplicador, a personas claves de la comunidad en los siguientes temas: i) salud reproductiva; ii) equidad de género y derechos sexuales y reproductivos; iii) fortalecimiento de la identidad étnica y autoestima comunales; iv) fortalecimiento de las organizaciones comunales y sus vínculos con instituciones y servicios sociales y de salud públicos.
2. Al final del proyecto, haber efectuado un programa de capacitación de efecto multiplicador para líderes comunitarios mujeres y hombres, en especial agentes de salud comunitaria: parteros/as, promotores y facilitadores, sobre aspectos de salud reproductiva, participación comunitaria, identidad étnica, equidad de género y derechos sexuales y reproductivos.
3. Al final de proyecto, haber fortalecido la capacitación técnica de los proveedores de servicios de salud de nivel local sobre conocimientos actualizados en salud reproductiva y las especificidades culturales de las poblaciones indígenas destinatarias de su trabajo.
4. Al final del proyecto, haber elaborado, validado y aplicado, en las comunidades cusqueñas, un método de alfabetización bilingüe quechua-castellano para las mujeres analfabetas, cuyos contenidos temáticos de lecto-escritura versen sobre la equidad de género, y la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Se espera que el modelo de las guías para facilitadoras-alfabetizadoras sea replicable con escasas modificaciones lingüísticas a otras poblaciones quechua hablantes, dentro y fuera del Perú.
5. Al final del proyecto, haber contribuido a la toma de conciencia sobre aspectos de equidad de género en las relaciones entre hombres y mujeres de las comunidades de intervención del proyecto.
6. Al final del proyecto, haber promovido la constitución de un fondo de crédito para la producción, dirigido a mujeres indígenas que han establecido micro-empresas para vincularse al mercado.

Objetivos de la Asistencia Preparatoria (aprobada con este documento)

1. Al término de la asistencia preparatoria, haber formulado la versión definitiva del documento del Proyecto Mujeres Indígenas: Salud Reproductiva y Organización Comunitaria, para lo cual se contará con la información del estudio de base y se habrá acordado, con los sectores involucrados, el contenido y alcances del mismo.
2. Al final de la asistencia preparatoria, haber desarrollado protocolos de atención en el área legal y de salud y haber diseñado material educativo dirigido a las comunidades en materia de salud reproductiva, derechos sexuales y reproductivos, equidad de género.
3. Al final de la asistencia preparatoria, haber elaborado un sistema de seguimiento y evaluación del proyecto.

III. ACTIVIDADES DEL PROYECTO AMPLIO (en vías de finalizarse)

Estrategia del Proyecto

El proyecto tiene tres componentes interrelacionados: salud reproductiva, que incluye una investigación sobre medicina tradicional; derechos, identidad y lucha contra el analfabetismo; y, mejoramiento de la calidad de vida mediante el apoyo a actividades económicas de las mujeres indígenas.

En el primer componente se propone trabajar con mujeres quechua, shipibo y asháninka con el objeto de mejorar su situación de la salud sexual y reproductiva mediante la aplicación de un modelo de atención apropiado para las condiciones socio-culturales de las poblaciones indígenas de las regiones andina y amazónica. Se espera que esta experiencia ayude a la formulación de una política sanitaria explícita en materia de salud reproductiva dirigida a la población indígena.

El segundo componente se propone contribuir al fortalecimiento del rol y los espacios que las mujeres ocupan al interior de sus propias sociedades mediante una mejor comprensión de sus derechos legales, identidad étnica y cultural y sus derechos reproductivos. A través de esta capacitación se espera contribuir al fortalecimiento de las organizaciones de mujeres indígenas y, a través de ello, a su empoderamiento.

El tercer componente del proyecto contribuirá a mejorar las condiciones económicas de las mujeres y sus comunidades a través del apoyo para el desarrollo de actividades productivas tanto para el consumo del hogar como para el mercado. El Centro de Investigación y Promoción Amazónica (CIPA) tiene experiencia en el manejo de este tipo de componentes. UNFPA brindará apoyo técnico para distinguir donantes que estén interesados en impulsar estas actividades.

El Proyecto pretende desarrollar y aplicar una metodología de trabajo psico-social que adopte una perspectiva etno-cultural y un enfoque de equidad de género, para fortalecer la identidad y la autoestima de las mujeres indígenas y sobre todo, atienda su salud mental y la de sus familiares

dañada por la violencia terrorista, que alteró negativa y drásticamente su idiosincracia y conductas sexuales y reproductivas.

Se ha considerado oportuno diseñar y aplicar una investigación socio-cultural (ISC) para recuperar algunos valores de la medicina tradicional del sistema médico indígena en paridad con la medicina institucionalizada.

El Proyecto trabajaría en las siguientes áreas geográficas y cubriría a los siguientes beneficiarios:

- Cusco, Quispincanchis (120 comunidades),
- Selva Central, Satipo-Junín (40 comunidades),
- Ucayali, Pucallpa (80 comunidades)

Elementos de la Estrategia

Lo que persigue el proyecto es dinamizar los programas de salud reproductiva que la comunidad y el Estado peruano implementan en las zonas indígenas del país. Se considera que en el momento actual, se combina una situación de una demanda de servicios poco motivada, absolutamente pasiva e insatisfecha, con una oferta insuficiente e inadecuada para la realidad sociocultural local y estática en relación con los acelerados cambios que hoy caracterizan a nuestro país.

Las mujeres indígenas, como otras en el Perú, no tienen suficientes oportunidades para poder atender de manera apropiada su salud. De un lado, es su entorno familiar y social cercano el que le dificulta el acceso a la atención. La mujer indígena debe privilegiar el cumplimiento de sus responsabilidades domésticas y productivas, postergando siempre el cuidado de su propia persona.

Adicionalmente, las mujeres indígenas mantienen concepciones muy tradicionales respecto a su salud y, peor aún, no resulta infrecuente el que hayan tenido malas experiencias con el uso de los servicios sanitarios oficiales. En consecuencia, tienen poca confianza en la oferta de servicios que ofrece el MINSA y sólo acuden a ellos cuando la situación es grave y han agotado todas las otras alternativas de las que disponen.

De otro lado, la oferta de servicios de salud reproductiva que tradicionalmente ha brindado el MINSA no reúne los requerimientos básicos de calidad que faciliten ampliar la cobertura hacia las poblaciones indígenas. Desde el punto de vista técnico, los proveedores no tienen una competencia suficiente, sobre todo, en los aspectos relativos a la salud pública.

Además, un buen sector de los proveedores de servicios tiene desconocimiento de la especificidad cultural de las poblaciones indígenas de nuestro país. No sólo en términos de incompreensión de sus realidades, sino lo que es más grave, en su trato cotidiano con ellas, reproducen y agravan las relaciones desiguales y discriminatorias a las que siempre han estado sujetas estas poblaciones, cuando se han vinculado con las sociedades no indígenas.

Igualmente, el proyecto busca modificar esa injusta situación de carencia de servicios de salud reproductiva apropiados para la mujer indígena de nuestro país. Se espera lograr una situación final, luego de concluido el proyecto, que se caracterice por mostrar una demanda conciente y satisfecha y, a la vez, una oferta suficiente y apropiada, que puedan articularse de manera dinámica y horizontal.

Dos son las líneas de acción principales que se propone constituyan la parte medular de la estrategia del proyecto, para conseguir los cambios deseados. De un lado, se plantea priorizar una línea sólida y sostenida de educación sanitaria con la comunidad. De otro, se considera también crucial, impulsar paralelamente una acción vigorosa de capacitación técnica de los proveedores de servicios que se encuentran actuando a nivel local.

En el primer caso, la idea es promover la organización de la demanda de servicios de salud reproductiva. Se plantea que un conjunto de actividades de educación sanitaria con la comunidad, permitirán consolidar una conciencia crítica de las mujeres respecto a su condición sanitaria y los roles que le competen para su control.

Así, se considera que esas labores educativas en el campo de la salud no debieran circunscribirse a incrementar las disponibilidades de información que sobre el tema requiere la población. Es necesario, más bien, fomentar con esta línea de acción, una participación reflexiva de la población en la definición local de las políticas de intervención para el control sanitario.

Finalmente, se espera que estos ejercicios pedagógicos permitan una verdadera expresión de lo que son las necesidades y las prioridades de las propias usuarias en relación con el tema de la salud reproductiva.

La otra línea de alta prioridad que se procura impulsar, se refiere a potenciar y adecuar la oferta oficial de servicios de salud reproductiva. Se propone otorgar a través del proyecto, un apoyo significativo a las actividades de capacitación técnica de los proveedores de servicios, en especial, en los niveles más periféricos del sistema. Esto envuelve tanto a las trabajadoras de salud comunales, como a los proveedores profesionales de nivel local.

En ese sentido, el proyecto se plantea fortalecer las capacidades de la oferta para brindar una atención apropiada a la salud reproductiva en áreas de población indígena. De un lado, profundizando lo que son los conocimientos específicamente técnicos de los trabajadores de salud, mejorando las habilidades y destrezas clínicas que se requieren para poder brindar las prestaciones directas del programa. Pero, además, incrementando sus conocimientos de epidemiología y salud pública para que pueda organizarse una oferta que llegue con eficacia y eficiencia a las usuarias y usuarios del programa.

De otro, estas actividades de capacitación técnica procurarán también, mejorar las relaciones interpersonales entre proveedores y usuarias. Resulta indispensable que las prestaciones de salud sean brindadas en un contexto de sensibilidad cultural, con la calidez humana suficiente, que permita crear un ambiente atractivo y satisfactorio, que atraiga a las mujeres usuarias del programa a los

establecimientos de salud. Específicamente, es necesario que los proveedores tengan un conocimiento suficiente de las especificidades sociales y culturales de las poblaciones indígenas destinatarias de la atención de salud.

Considerando que no es suficiente que, de manera aislada se organice mejor la demanda por servicios de salud reproductiva y se fortalezca la oferta de atención institucional, el proyecto plantea la necesidad de impulsar un conjunto de actividades que permitan articular estos dos componentes.

Se propone que en el marco del proyecto, pueda ser impulsada una gestión compartida del proyecto entre proveedores y usuarias. Se buscará un modelo de gestión que posibilite la participación conjunta de técnicos y representantes de la comunidad en las labores de programación, seguimiento y evaluación de las actividades incluidas en el proyecto. Al final, se espera que esta articulación entre la demanda y la oferta permita una relación dinámica y de retroalimentación entre lo que son las necesidades de salud reproductiva percibidas por la población y las disponibilidades técnicas del sistema oficial de salud.

En el mismo esquema, brindará soporte a las principales actividades del proyecto con el uso de los medios masivos de comunicación. Esto se llevará a cabo mediante actividades de educación con la comunidad, como con las de capacitación técnica del personal de salud. Se considera que el uso de las modernas tecnologías disponibles en la actualidad para las comunicaciones, pudieran facilitar de manera notable los procesos diversos de enseñanza aprendizaje contemplados en el proyecto.

Fases de la Estrategia del Proyecto Amplio.

La estrategia considera cinco fases consecutivas para la implementación del proyecto. Para cada una de esas fases se presenta una caracterización de las metas que se alcanzarán en dicho período, sobre todo, en relación con la progresiva y temprana transferencia que se piensa hacer del proyecto. Además, se indica para cada uno de esos períodos el tiempo aproximado de duración y el año calendario de su aplicación.

El proyecto comienza en una fase preparatoria o "baseline" que se caracteriza por un diagnóstico de las condiciones actuales de la demanda y la oferta de los servicios de salud reproductiva en las tres regiones donde se desarrollará el proyecto. Se dispone de un listado preliminar de indicadores que contribuirán a una caracterización integral de la condición de esos servicios. Asimismo, se plantea emplear un conjunto de metodologías cuantitativas y cualitativas, que permitan recoger con rigurosidad la información correspondiente. Ese conjunto preliminar de indicadores no sólo permitirá trazar una línea de base del proyecto, sino que, además, hará posible evaluar en el curso del proyecto los cambios producidos por su intervención. Finalmente, se definirán los indicadores de impacto del proyecto. Adicionalmente, se dispone de un conjunto preliminar de indicadores de proceso, que se espera estén en posibilidad de permitir la evaluación del cumplimiento del diseño metodológico y de las actividades específicas consideradas en él. Se estima que el tiempo de duración de esta fase será de cuatro meses a desarrollarse durante el segundo semestre del presente año, como parte de la asistencia preparatoria que se presenta en este documento para financiamiento del UNFPA.

Una segunda fase del proyecto estaría dedicada a un trabajo paralelo, pero simultáneo, de organización de la demanda y de adecuación de la oferta de servicios. Durante esta etapa, los ejecutores trabajarán de manera separada con las usuarias por un lado, y con los proveedores por otro. La idea es ir no sólo fortaleciendo conocimientos en la temática, sino la de prepararlos para un trabajo conjunto en el futuro. Se estima que la duración de esta fase será de nueve a doce meses, y se ejecutará durante el año 1998.

Las dos siguientes fases del proyecto estarían dedicadas a conseguir una articulación dinámica entre la demanda y la oferta de servicios de salud reproductiva ya potenciadas con las labores realizadas por el proyecto, durante la etapa previa. En un primer momento, durante la denominada fase tercera de la propuesta, esta articulación se producirá con el acompañamiento continuo de los ejecutores, que buscarán garantizar un contexto favorable para la negociación entre proveedores y usuarias, así como encontrar solución a los impases que pudieran presentarse. Esta etapa del proyecto es considerada como la que presenta las mayores dificultades y la que resulta crucial en la determinación del éxito del modelo de intervención. Se espera tenga una duración de doce a quince meses y que deberá implementarse a partir del año 1999.

Durante la fase cuarta de desarrollo del proyecto, se propone que las labores de acompañamiento externo a la articulación entre proveedores y usuarios disminuya sustancialmente. Es decir, se espera que la participación de la institución ejecutora se circunscriba a un acompañamiento periódico de las negociaciones entre los actores sociales y agentes de salud involucrados directamente en el trabajo. Se plantea que esa etapa tendrá una duración aproximada de nueve a doce meses y que sería ejecutada durante el año 2,000.

Una fase final del proyecto se caracterizará por la participación eventual de los ejecutores en esa dinámica de articulación entre demanda y oferta que se espera conseguir con el proyecto. Dos serían las circunstancias en las que participarían los ejecutores. La primera, a demanda de los propios interesados cuando los proveedores y/o usuarias así lo solicitaran. La segunda, con fines de supervisión externa del desarrollo del trabajo y de actualización de conocimientos. Esto último, con el interés de evitar el empantanamiento de la dinámica de la propuesta que, en ocasiones ocurre cuando la cotidianidad del trabajo obstaculiza la creatividad y la capacidad de renovación que debe de caracterizar siempre a los servicios de salud. Se estima que esas labores de acompañamiento solidario de instituciones especializadas en la temática debe prolongarse en el tiempo, en especial, debido al aporte permanente que puede obtenerse de su "advocacy" por el tema de la salud reproductiva.

Por último, resulta muy relevante hacer mención a que los tiempos que se presentan como estimación de la duración de cada fase, pudieran tener importantes variaciones en relación con el área geográfica específica donde se implementará el proyecto.

Estrategia de la Asistencia Preparatoria (que concierne a este documento)

Conforme a lo señalado en el acápite anterior en la fase de asistencia preparatoria (primera fase) se ha previsto actualizar y detallar el diagnóstico del área de asistencia del Proyecto, que incluye la recolección y sistematización de información general sobre la zona, la cuantificación de los beneficiarios del proyecto, inventario de recursos con los que se cuenta en la zona, así como también los mecanismos de coordinación y reuniones a nivel comunitario que se realizarán antes de iniciarse las actividades centrales del proyecto. Asimismo, efectuar un detallado diagnóstico tanto de la demanda como de la oferta de servicios de salud reproductiva (conocimientos actitudes y prácticas de usuarios y proveedores), de tal manera que se llegue a una precisión del nivel en que empieza a actuar el proyecto.

Para la realización de este estudio base se ha considerado conveniente sub-contratar los servicios de una entidad especializada y de reconocido prestigio que se encargue de efectuar el estudio de acuerdo a términos de referencia definidos, por un período de tres meses. El sub-contrato deberá enfatizar la información y análisis tanto estadístico como antropológico de las zonas consideradas. Los términos de referencia serán preparados por PROMUDEH en consulta con CIPA y el UNFPA.

Asimismo, a fin de contar con un conjunto de indicadores y metodologías de recolección de información y de sistematización, tanto para el seguimiento como para la evaluación de impacto del proyecto, se ha previsto llevar a cabo una consultoría mediante la contratación de un experto que propondrá un sistema de seguimiento y evaluación. El CIPA, en coordinación con PROMUDEH, elaborará los términos de referencia y realizará el seguimiento del trabajo del consultor(a)

De otro lado, se considera en esta fase de asistencia preparatoria, la elaboración de los protocolos de atención y documentos necesarios tanto en la parte de salud , en el campo legal, así como la elaboración de materiales de capacitación y educación sanitaria, para lo cual se contratará los servicios de una consultoría de acuerdo a los términos de referencia previstos, bajo la modalidad de sub-contrato. El CIPA elaborará los términos de referencia y hará el seguimiento del trabajo.

El inicio de las actividades del proyecto requiere que la entidad ejecutora y las instituciones que participan en su ejecución, dispongan del equipamiento necesario, tanto en lo que respecta a mobiliario como a equipos de cómputo y registros. Este equipamiento servirá para las acciones de elaboración y validación del método de alfabetización bilingüe quechua-castellano para mujeres analfabetas de algunas comunidades cusqueñas que se realizará durante la etapa preparatoria.

Finalmente, se considera la organización de eventos conducentes a definir la propuesta final del contenido del proyecto, como a las correspondientes visitas de campo y reuniones que deberán mantener PROMUDEH, CIPA y UNFPA con los niveles locales y comunitarios para incorporarlos en el proceso de definición del proyecto y para definir los arreglos institucionales previos a la ejecución.

Se ha previsto que esta fase de asistencia preparatoria tenga una duración de cuatro meses, en el período setiembre-diciembre de 1997.

IV. MARCO INSTITUCIONAL

Este capítulo se refiere principalmente al marco institucional para la ejecución de la asistencia preparatoria. Para la ejecución del Proyecto, el marco institucional se irá definiendo en los próximos meses a medida que se vayan especificando las actividades, las propuestas de monitoreo y evaluación y los distintos actores que intervendrán en el mismo.

Para efectos de la asistencia preparatoria se han definido los siguientes arreglos que podrían extenderse a la ejecución del proyecto si así se considerase oportuno:

El Ministerio de la Mujer y del Desarrollo Humano (PROMUDEH) constituirá una Unidad de Coordinación y Gestión (UCG) del Proyecto, presidida por la Gerencia de Desarrollo Humano (GDH), que mantendrá consulta permanente con las máximas autoridades del Ministerio, e integrada por técnicos del PROMUDEH y de sus OPDs, directivos y técnicos de CIPA y funcionarios del UNFPA. La UCG tendrá a su cargo las tareas de articular y coordinar las actividades de la asistencia preparatoria y será un instancia de gestión y coordinación.

El Centro de Investigación y Promoción Amazónica (CIPA) será la entidad ejecutora de la asistencia preparatoria y del proyecto. Sus funciones consistirán en lo siguiente: implementar las actividades previstas en los planes de trabajo en coordinación con la GDH del PROMUDEH; elaborar protocolos y modelos de atención para fortalecer la autoestima y la salud integral de las mujeres; organizar encuentros de capacitación comunitaria y sensibilización hacia los funcionarios de salud; subcontratar consultores profesionales y servicios de otras ONGs cuando el plan de actividades así lo requiera; seleccionar y capacitar al personal técnico que trabajará con las mujeres indígenas; diseñar las guías que sean necesarias para las actividades de capacitación; coordinar acciones concretas con proyectos y programas que estén desarrollándose a nivel local; asumir tareas de administración y ejecución presupuestaria del proyecto, bajo la supervisión de la UCG y la vigilancia del UNFPA.

La Dirección Nacional de la asistencia preparatoria y del Proyecto estará a cargo de la Ministra de PROMUDEH y la coordinación del mismo a cargo de la Gerencia de Desarrollo Humano. Este Proyecto coordinará sus acciones con la Comisión Nacional de Coordinación de Políticas de Planificación Familiar y Salud Reproductiva (COORDIPLAN).

V. PLAN DE TRABAJO

ACTIVIDAD	SETIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
PREPARACION DE DIAGNOSTICO SOBRE SITUACION DE BASE																
Conformación de equipo técnico del PROMUDEH.	X															
Preparación de Términos de Referencia de Entidad Diagnóstico Básico.	X															
Contratación de Consultora para Diagnóstico de Base.		X														
Eventos de Coordinación PROMUDEH-CIPA-UNFPA-Consultora.				X	X		X		X							
Elaboración del Diagnóstico.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				
Preparación informe de Consultoría.											X	X				
Evento coordinación final.																X

ACTIVIDAD	SETIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
ELABORACION DE UN SISTEMA DE INDICADORES DE SEGUIMIENTO Y EVALUACION																
Preparación de TOR.	X															
Contratación de experto.		X														
Elaboración de la Metodología de Seguimiento y Evaluación.		X	X	X												
Evento de discusión de metodología.				X												
Selección y sistematización de indicadores.					X	X	X	X	X							
Preparación informe de Consultoría										X	X	X				

ACTIVIDAD	SETIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
ELABORACION DE PROTOCOLOS DE ATENCION																
Preparación de TOR.	X															
Contratación de Consultores.		X														
Elaboración de protocolo Area de Salud.		X	X	X	X	X	X	X	X							
Elaboración de protocolos Area Legal.		X	X	X	X	X	X	X	X							
Elaboración de materiales de Capacitación en Educación Sanitaria.		X	X	X	X	X	X	X	X							
Evento de Coordinación y discusión de avance.					X											
Preparación informe de Consultoría.											X					
FORMULACION DE PROPUESTA DEFINITIVA DE PROYECTO																
Conformación de equipo técnico.	X															
Visitas de Campo para arreglos institucionales				X							X					
Evento de coordinación PROMUDEH-CIPA-UNFPA.						X	X					X				
Diseño final del proyecto.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		

VI. DESCRIPCION Y JUSTIFICACION DE LOS INSUMOS APORTADOS POR UNFPA

15.01 Gastos de viaje. US\$ 6,573 para cubrir los gastos pasajes y viáticos del personal del proyecto durante la fase preparatoria en visitas de coordinación a las zonas de ejecución del proyecto (Cusco, Ucayal y Junín). Se incluye el arrendamiento de avionetas desde Lima.

Alquiler de avioneta (3 viajes a la zona, US\$ 1500 cada viaje de ida y vuelta)= US\$ 4,500

Pasajes aéreos a la zona de Cusco (3 visitas x US\$ 155)= US\$ 465

Viáticos (6 visitas x 2 días x US\$ 134)=US\$ 1,608

15.03 Misiones EAT. US\$ 3,500. Se ha considerado la visita de una asesora del EAT a Cusco, Ucayali y Junín, por dos semanas, y de un asesor, solamente con tres días de viáticos, para apoyar en la revisión del plan de monitoreo y evaluación propuesto.

16.01 Consultor en Seguimiento y Evaluación. US\$ 2,000. Se contratará un consultor por dos meses para elaborar un sistema de seguimiento y evaluación del proyecto y para definir indicadores de procesos y de impacto.

21.01 Subcontrato para Estudios Situación Base. US\$ 15,000. Se hará un sub-contrato con una entidad especializada para elaborar un estudio de situación base a todo costo en el período setiembre-noviembre.

21.02 Subcontrato para Elaboración de Protocolos. US\$ 6,600. Se contratará dos consultores para elaborar los protocolos del área de salud y el área legal, así como la elaboración de materiales de capacitación y educación sanitaria en el período setiembre-noviembre a un costo por consultor de US\$ 1,100.

33.01 Reuniones de Coordinación. US\$ 2,850. Se realizará una reunión en cada uno de los 3 lugares de ejecución (Cusco, Junín y Ucayali). Cada reunión tiene un costo de US\$ 950 (pasajes para 2 personas, US\$ 310; viáticos 3 días x 2 personas US\$ 540; otros gastos US\$ 100).

41.98 Equipo Fungible. US\$ 400. Se comprará materiales de escritorio y útiles necesarios para la asistencia preparatoria.

42.01 Equipo de Cómputo. US\$6,100. Se ha previsto la adquisición del siguiente equipo:

1 PC Lap Top con impresora	US\$ 3,000
1 Teléfono (instalación)	US\$ 1,200
1 Instalación eléctrica trifásica	US\$ 400
1 Equipo de radio	US\$ 1,500

- 42.04 Vehículo.** US\$ 27,000. Se pondrá a disposición un vehículo tipo jeep para apoyar la coordinación y seguimiento de actividades del proyecto a nivel local y en la ciudad de Lima.
- 42.05 Equipo de Oficina.** US\$ 600. Se está considerando la compra de 2 escritorios y sillas y 2 archivadores para la Oficina de CIPA en Cusco.
- 42.98 Equipo no fungible y de otra índole.** US\$ 2,000. Se adquirirá equipo de campamento (tiendas de campaña unipersonales, bolsas de dormir, redes antimosquitos) para el trabajo en las comunidades campesinas donde no hay posibilidad de acomodación en hotel o casa de huéspedes.
- 51.00 Funcionamiento y mantenimiento de equipo.** US\$ 2,750. Para cubrir los costos de mantenimiento del vehículo a ser adquirido en la asistencia preparatoria, así como para reparar un vehículo de CIPA que será utilizado en la ejecución del trabajo de campo.
- 52.00 Gastos de presentación de informes y de impresión.** US\$ 500. El monto de esta línea será gastado en la impresión de informes y otros documentos.
- 53.00 Gastos varios.** US\$ 1,500. Se cubrirán los gastos de correo y teléfono. El monto solicitado es necesario para mantener una comunicación continua y regular con fines de coordinación de acciones, con los lugares de ejecución.
- 54.00 Comprobación de cuentas.** US\$ 1,000. Para cubrir los costos de auditoría del proyecto.
- TOTAL DE LA ASISTENCIA PREPARATORIA US\$ 78,373**

VII. PRESUPUESTO UNFPA DE LA ASISTENCIA PREPARATORIA

LP	Denominación	Total (US\$)
	Personal	
15.01	Gastos de viaje	US\$ 6,573
15.03	Misiones EAT	3,500
16.01	Consultor en Seguimiento y Evaluación	2,000
	Sub-contratos	
21.01	Sub-contrato para Estudios Situación Base	15,000
21.02	Sub-contrato para Elaboración de Protocolos	6,600
	Capacitación	
33.01	Reuniones de Coordinación	2,850
	Equipos	
41.98	Equipo Fungible	400
42.01	Equipo de Cómputo	6,100
42.04	Vehículo	27,000
42.05	Equipo de Oficina	600
42.98	Equipo no fungible y de otra índole	2,000
	Varios	
51.00	Funcionamiento y mantenimiento de equipo	2,750
52.00	Gastos de presentación de informes y de impresión	500
53.00	Gastos varios	1,500
54.00	Comprobación de cuentas	1,000
	TOTAL	US\$ 78,373